

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Enfermería Familiar y Comunitaria

**AFRONTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR FRENTE A DIABETES TIPO 2
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE AZOGUES DEL DISTRITO 03D01,
AGOSTO 2022 – FEBRERO 2023**

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magíster en
Enfermería Familiar y Comunitaria

Autor:

Susana Maricela García Herrera

Director:

Pedro Xavier Pacheco Bacuilima

ORCID: 0000-0001-9266-5306

Cuenca, Ecuador

2023-06-30

Resumen

Antecedente: En los adultos mayores la calidad de vida puede verse afectada por las limitaciones en las actividades diarias, el comienzo, la progresión de la diabetes y sus complicaciones. Siendo el recurso básico el afrontamiento que tiene el individuo para hacer frente a la enfermedad y mantener o mejorar su salud.

Objetivo: Determinar el afrontamiento del Adulto Mayor frente a Diabetes Tipo 2.

Método: Estudio analítico transversal. Con una muestra de 105 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Azogues, septiembre 2022 - febrero 2023, se aplicó una encuesta para las variables sociodemográficas y la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación propuesta por Callista Roy, con la escala de Likert. Se realizó un análisis correlacional mediante la prueba de Pearson.

Resultados: El 61% de los adultos mayores pertenece al sexo femenino, el 81,9% residente del sector Azogues, el 41% casado/a, el 34,3% de ocupación ama de casa; el 57,1% de instrucción primaria. Según el nivel socioeconómico el 50,5% pertenece al nivel C- (medio bajo), en el afrontamiento frente a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) la mayoría presentó una alta capacidad. Existiendo una correlación de Pearson entre edad y escolaridad con el factor 1 (0,08 y 0,02 respectivamente), y entre edad y factores 3 y 4 (0,06 y 0,04 respectivamente).

Conclusión: La viabilidad del uso de la teoría del afrontamiento de los adultos mayores frente a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), ayuda a determinar aspectos positivos para la mejora de la calidad de vida.

Palabras clave: adulto mayor, diabetes mellitus tipo 2, afrontamiento, atención dirigida al paciente



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Background: In older adult's quality of life can be affected by limitations in daily activities, onset, progression of diabetes and its complications. The basic resource is the coping that the individual has to face the disease and maintain or improve their health.

Objective: To determine the coping of older adults with Type 2 diabetes.

Methods: Cross-sectional analytical study. With a sample of 105 older adults attended at the Azogues Health Center, September 2022 - February 2023, a survey was applied for sociodemographic variables and the scale for measuring the coping and adaptation process proposed by Callista Roy, with the Likert scale. A correlational analysis was performed using Pearson's test.

Results: 61% of the older adults were female, 81.9% were residents of the Azogues sector, 41% were married, 34.3% were housewives, and 57.1% had primary schooling. According to socioeconomic level, 50.5% belonged to level C- (medium-low), in coping with diabetes mellitus type 2 (DM2), the majority presented a high capacity. There was a Pearson correlation between age and schooling with factor 1 (0.08 and 0.02 respectively), and between age and factors 3 and 4 (0.06 and 0.04 respectively).

Conclusion: The feasibility of using the coping theory of older adults in the face of type 2 diabetes mellitus (DM2) helps to determine positive aspects for the improvement of quality of life.

Keywords: older adult, diabetes mellitus type 2, coping, patient-directed care



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Agradecimiento.....	7
Dedicatoria.....	8
Capítulo I	9
1.1 Introducción.....	9
1.2 Planteamiento del Problema.....	10
1.3 La pregunta de investigación	12
1.4 Justificación.....	12
Capítulo II	14
2.1 Fundamento teórico.....	14
2.1.1 Antecedentes	14
2.2 Adulto Mayor	16
2.2.1 Cambios en el Adulto Mayor.....	16
2.3 Afrontamiento y Adaptación.....	17
2.4 Teoría de Enfermería de Adaptación y Afrontamiento de Callista Roy.....	17
2.5 Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy	18
2.6 Diabetes mellitus tipo 2 (DM2).....	19
Capítulo III	20
3.1 Objetivo general	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
Capítulo IV	21
4. Diseño de investigación.....	21
4.1 Población.....	21
4.2 Universo y muestra.....	21
4.2.1 Universo	21
4.2.2 Muestra	21
4.3 Criterios de inclusión	21
4.4 Criterios de exclusión	21
4.5 Variables de estudio:.....	22
4.6 Instrumento	22
4.7 Procedimiento	22
4.8 Plan de tabulación y programas a ser utilizados para la tabulación.	23
4.9 Principios bioéticos.....	23
Capítulo V	25

5.1 Resultados	25
Capítulo VI	29
6. Discusión.....	29
Capítulo VII	33
7. Conclusión.....	33
8. Recomendación.....	33
Referencias.....	34
Anexos.....	41
9.1 Anexo A.....	41
Cronograma de trabajo.....	41
9.2 Anexo B.....	42
Operacionalización de variables.....	42
9.3 Anexo C	44
Instrumento de recolección de datos	44
9.4 Anexo D	46
"Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy"	46
9.5 Anexo E.....	51
Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico (INEC)	51
9.6 Anexo F.....	55
Consentimiento informado.....	55

Índice de tablas

Tabla N°1.- Caracterización del grupo de estudio en una muestra de 105 adultos.....	25
Tabla N.- 2. Caracterización del afrontamiento de la muestra de 105 adultos mayores con diagnóstico de DM2 según la escala de Callista Roy.....	26
Tabla 3.- Relación del nivel de afrontamiento y las variables sociodemográficas en la población de estudio de 105 adultos mayores.....	27

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios por darme vida y salud, para cumplir con una meta más en mi vida.

A mis padres y hermanos que siempre me han brindado su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Le agradezco muy profundamente a mi tutor y docentes por su dedicación y paciencia, por brindarme la ayuda, tiempo y conocimientos necesarios en la elaboración de este proyecto investigativo.

Dedicatoria

Siempre que nos propongamos metas debemos luchar por alcanzarlas, pero siempre necesitamos que alguien nos anime y nos de fuerzas para derrumbar los obstáculos que se atraviesa en el camino, es por esto por lo que dedico principalmente a:

Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y las derrotas que me han enseñado a valorarlo cada día más.

Y de una manera especial a mi madre Narcisa quien con gran esfuerzo, dedicación y responsabilidad me apoyó durante mi trayecto académico, sembrando en mí valores que me ayuden a ser una persona de bien. Le estoy eternamente agradecida por enseñarme la importancia de la confianza, el amor y la comprensión, y por mostrarme lo que significa ser una buena persona.

Capítulo I

1.1 Introducción

La etapa del adulto mayor forma parte del ciclo vital del ser humano (1), se conoce como la etapa final del proceso de desarrollo donde se manifiestan cambios biológicos, psicológicos y sociales, en esta etapa se acentúa la aparición de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) (2,3), siendo esta un trastorno metabólico crónico que se caracteriza por presentar concentraciones altas de la glicemia en la sangre, por consecuencia de la deficiencia a nivel pancreático en la acción de la insulina en el organismo (4). Se define como “un síndrome heterogéneo originado por la interacción genético-ambiental y caracterizado por una hiperglucemia crónica, como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, que desencadena complicaciones agudas (cetoacidosis y coma hiperosmolar), crónicas microvasculares (retinopatías y neuropatías) y macrovasculares (cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas)” (5), los cambios que se dan en el adulto mayor afecta en la convivencia social, la pérdida del estatus laboral y económico, mayor aislamiento social, todo ello amplificado por la menor capacidad y recursos de los que el adulto mayor dispone para adaptarse a las circunstancias (6); a nivel biológico se presenta enfermedades físicas y la discapacidad consiguiente; y a nivel psicológico, es más frecuente la aparición de deterioro cognitivo, así como la aparición de sintomatología depresiva, la poca capacidad para afrontar las pérdidas y un manejo inadecuado de sus recursos psicológicos (7). Todos estos cambios impactan en la calidad de vida y en el funcionamiento de las personas adultas mayores.

La diabetes mellitus (DM), aumenta el riesgo de discapacidad por las complicaciones, lo que disminuye la autonomía física, psicológica o social, ocasionando dependencia funcional, la cual se define como la pérdida de la capacidad para realizar de forma autónoma actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como: caminar, comer, vestirse, irse al baño, etc, siendo variable el grado en que la DM compromete a la funcionalidad entre los adultos mayores, aumentando la probabilidad de dependencia funcional que aquellos sin DM (8). Por otra parte, las preocupaciones que presenta el adulto mayor se relacionan con la adaptación a pérdidas vitales, enfermedad, jubilación, reconciliación con los logros y fracasos, resolución de la aflicción por la muerte de otros y la aproximación de la propia (9). La vejez supone enfrentarse con el desafío de mantener la integridad personal, como opuesto a la experiencia de desesperación promovida por el sentido de que la vida tiene escaso significado (10). En los adultos mayores se puede observar pérdida de interés por las cosas que los rodean, y en el

plano relacional, debido a su dificultad de adaptación, pueden enfrentar problemas de convivencia, sin embargo, los mayores problemas, aún por encima del económico y salud física, son la inactividad y la soledad (11).

Callista Roy, en su modelo de adaptación, describe a las personas como sistemas adaptativos holísticos que reciben estímulos del medio ambiente; los que, mediante mecanismos de afrontamiento, desarrollan respuestas fisiológicas, psicosociales y sociales, uno de los objetivos de la enfermería es ayudar a las personas a adaptarse a las variaciones en sus necesidades fisiológicas, a los cambios del rol y sus relaciones de interdependencia durante el proceso de salud-enfermedad (11). Por lo que, los enfoques de los cuidados se direccionan hacia la mejora de la calidad de vida del paciente con patologías crónicas sin limitarse a etapas terminales (12). Estos deben aplicarse desde el diagnóstico de la enfermedad atendiendo a las necesidades sociopsicosomáticas identificadas.

Las teorías de Enfermería fundamentan los cuidados con sus propios conocimientos, con el fin de mejorar la calidad de la atención prestada a las personas en los diferentes campos del saber. Teniendo en cuenta la importancia y necesaria interacción enfermera-paciente para determinar intervenciones objetivas en los cuidados a las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la Atención Primaria de Salud.

1.2 Planteamiento del Problema

El envejecimiento, es una etapa del proceso vital, incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales, donde el individuo es más vulnerable a la presencia de enfermedades crónicas degenerativas (1). El incremento del grupo de personas mayores genera otras demandas para los servicios de salud con programas específicos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, cuidados urgentes/crónicos y cuidados paliativos(6).

La DM2 es una patología crónica que según la Organización Mundial de Salud en 2014 la prevalencia de esta enfermedad aumentó a 422 millones, siendo una causa importante de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores, entre el 2000 y 2016, se registró un incremento del 5% en la mortalidad prematura por diabetes, fue estimado en el 2019 como la causa directa de 1,5 millones de defunciones (13).

En España en una investigación en el 2016 la prevalencia de diabetes fue del 6,66% de la población atendida en la atención primaria del Sistema Nacional de Salud, siendo mayor en hombres con el 7,27% y en mujeres con el 6,06%, señalando que aumenta con la edad hasta

los 80 años (14). Por otra parte, en Estados Unidos en el 2018, la prevalencia de DM2 en la población adulta fue del 10% (15).

De la misma forma, en Perú en el 2017, se reportó una prevalencia entre el 5,1% - 7,0%, existiendo diferencias entre la zona rural que se reportó el 0,8%, en referencia a los migrantes de zonas rurales con el 2,8%, y en zonas urbanas el 6,3% (16).

Además, en una investigación realizada en Ecuador durante el periodo 2001-2016, se registraron 57.788 defunciones por diabetes mellitus en el Ecuador, siendo necesario el diseño e implementación de políticas en salud que permitan mejorar los sistemas de registro para una adecuada vigilancia epidemiológica de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad (17).

Aunado a lo anterior, el afrontamiento, ha sido definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las situaciones específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, existen dos tipos de afrontamiento, uno centrado en el problema, que tiene como objeto manejar o alterar el problema que está causando el malestar; y otro centrado en la emoción, que implica métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema (18). Se puede observar en un estudio realizado por Samaniego en México, en el 2015, con el objetivo de determinar si el afrontamiento tiene relación con la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, siendo los resultados que el conocimiento, control y tratamiento que tienen los pacientes sobre la enfermedad es deficiente, por lo que la adaptación hacia la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) representa importantes retos de intervención biopsicosocial (19).

En nuestra búsqueda bibliográfica no se encontró investigaciones específicas a nivel local sobre la relación entre el afrontamiento y la DM2, aunque se sabe que el afrontamiento del estrés por parte de estos pacientes está asociado al curso y evolución de la enfermedad, es importante en el sentido de que abre una nueva ventana de oportunidad para explorar el papel del afrontamiento en la progresión de la DM2 y sus complicaciones.

El Modelo de Adaptación de Roy considera a la persona como un ser biopsicosocial en continua interacción con un entorno cambiante. El entorno incluye estímulos focales, contextuales y residuales. Un estímulo focal es la confrontación con el propio entorno interno y externo. Para ello, se utiliza la evaluación de la enfermera con este paciente, especialmente en la identificación de problemas, trastornos de salud, sus percepciones de los problemas y el intercambio de información para planificar las estrategias para alcanzar los objetivos

propuestos por acuerdo (11). Por lo tanto, esta investigación puede generar apoyo para una interacción enfermera-paciente que puede contribuir eficazmente a la mejora de su calidad de vida.

1.3 La pregunta de investigación

¿Cuál es el afrontamiento del Adulto Mayor frente a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) atendidos en el Centro de Salud de Azogues del Distrito 03D01, agosto 2022 - febrero 2023?

1.4 Justificación

El afrontamiento frente a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se puede abordar desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Callista Roy que considera al individuo como un conjunto de sistemas interrelacionados (biológicos, psicológicos y sociales). El individuo se esfuerza por mantener un equilibrio entre estos sistemas y el mundo exterior, dando como resultado respuestas fisiológicas y psicosociales adaptativas o ineficaces. Cómo se puede observar en el estudio realizado por Bentacourt, et al. 2019, en el Ecuador que describe que la diabetes mellitus es una patología crónica que prevalece en la edad adulta, afectando a la persona en las esferas físicas, sociales, culturales y emocionales, por los cambios de salud modificados a lo largo de la vida, en una población de 183 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, demostró que según el afrontamiento: en el factor recursivo y centrado, reacciones físicas y enfocadas y proceso de alerta, se conservó alta capacidad de afrontamiento. Por otra parte en el de procesamiento sistemático con el 55.7% y el de conocer y relacionarse con el 51.4% resultaron con baja capacidad de adaptación a la enfermedad (20).

Por su parte, Serrano en su investigación realizada en el 2019, en el Ecuador, señala que la identidad de enfermedad es un constructo novedoso que explica la manera en que los pacientes incorporan una enfermedad crónica a su identidad personal, en su estudio realizado con una muestra de 300 pacientes, se observó correlaciones positivas estadísticamente significativas entre la adherencia terapéutica y las dimensiones de identidad de enfermedad “aceptación” $p(\rho)=0,323^{**}$, “rechazo” $p(\rho)=0,290^{**}$ y el afrontamiento centrado en el problema $p(\rho)=0,433^{**}$. Concluyendo que el incumplimiento terapéutico de los diabéticos están relacionados con la edad, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, las dimensiones adaptativas y desadaptativas de la identidad de enfermedad, así como a estrategias de afrontamiento centradas en el problema (21) .

Considerando que las habilidades de afrontamiento de los pacientes con DMT2 se han asociado estrechamente con el cumplimiento del tratamiento, esta cuestión no ha sido objeto de atención. En la literatura, se han definido varios obstáculos para el control de la diabetes en diferentes poblaciones. Todavía no se han estudiado los obstáculos para afrontar la diabetes a nivel local. Además, aun que se han descrito los efectos de las autopercepciones y de la enfermedad en la vida diaria, aún no se han examinado los efectos de las características sociodemográficas y de la enfermedad específicas en el cuidado de la enfermedad en la vida diaria.

Por lo que la autopercepción de la capacidad de autocuidado es un punto de partida para desarrollar habilidades y destrezas para abordar el propio cuidado. Es en este sentido se requiere un conjunto de complejas intervenciones de enfermería para garantizar el confort físico de la persona, además de incluir aspectos psicosociales como sentirse tranquilo, respetado, implicado y digno. Por lo tanto, la investigación va encaminada a determinar el nivel de afrontamiento frente a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Azogues, los datos obtenidos ayudarán a identificar y controlar los factores de riesgo modificables con énfasis en los sectores más afectados descritos en este trabajo; mejorar los sistemas de detección y manejo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones para mejorar la calidad de vida de estos.

Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación del adulto mayor frente a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) permite al personal de enfermería generar estrategias para promover y mejorar la adherencia farmacológica, hábitos saludables y actitudes que ayudarán a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, disminuyendo la carga del cuidado, las complicaciones de las mismas y los costos de la enfermedad crónica.

Por consiguiente, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar atención con calidad a los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), estos cuidados están basados en la implementación de las intervenciones, las mismas que deben estar fundamentadas en la evidencia y los principios filosóficos, éticos y científicos, evidencia que aporten para describir, explicar, y predecir los fenómenos de salud para que den respuesta a las necesidades de afrontamiento del paciente frente a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dando sustento a la práctica de enfermería y contribuir a la investigación, siendo una prioridad de investigación en Salud del MSP 2013 - 2017, la misma que se encuentra estipulada en el área 14: en los problemas de salud endócrinas, en la línea diabetes y sublínea autocuidado de pacientes.

Capítulo II

2.1 Fundamento teórico

2.1.1 Antecedentes

El número de personas clasificadas como adultos mayores (es decir, de 65 años o más) ha aumentado un 34,2% en los últimos 10 años, y se estima que el 16% de la población mundial tendrá 65 años o más en 2050. Sin embargo, los prejuicios contra los adultos mayores siguen siendo normativos; los estereotipos comunes describen a los adultos mayores como frágiles, enfermos y con deterioro cognitivo, una consecuencia de lo cual puede ser que más individuos estén experimentando estigma debido a la edad avanzada. Tanto la internalización de los estereotipos relacionados con la edad como las experiencias interpersonales con el edadismo se asocian con resultados negativos para la salud psicológica y física, incluida una mayor probabilidad de padecer la enfermedad de Alzheimer, una menor salud subjetiva y satisfacción con la vida, y una mayor carga de enfermedad y soledad (22).

El Decenio de las Naciones Unidas para el Envejecimiento Saludable (2021-2030) es una colaboración mundial, alineada con los últimos diez años de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven. Animando a los gobiernos, las organizaciones internacionales y regionales, la sociedad civil, el sector privado, el mundo académico y los medios de comunicación a contribuir activamente a la consecución de los objetivos del Decenio mediante la acción directa, la asociación con otros y la participación en la colaboración para un envejecimiento saludable (23), esta colaboración mundial, estima que en el 2020 más del 8% de la población global tenía 65 años o más, y para el 2050 dicho porcentaje se duplicará y para finales del siglo se espera que la población adulto mayor supere el 30% (24).

Por otra parte, en los últimos 50 años se ha producido un envejecimiento creciente de la población con un aumento de la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2); en la actualidad, casi la mitad de todas las personas con diabetes mellitus son adultos mayores (≥ 65 años), quienes presentan retos difíciles. Por ejemplo, la acentuada heterogeneidad de estos pacientes, la posible presencia de múltiples comorbilidades, la mayor susceptibilidad a la hipoglucemia, la mayor dependencia de los cuidados y el efecto de la fragilidad se suman a la complejidad del manejo de la diabetes mellitus en este grupo de edad (25). Como se puede observar en investigaciones, cómo el realizado en la ciudad de Sukabumi, en el 2021.

En una muestra de 130 personas con diabetes tipo 2. La puntuación para el autocuidado de los pacientes con DM2 tiene una media de 42,59, una media de 85,29 para los mecanismos de afrontamiento y una media de 42,56 para la calidad de vida. Existe un efecto de la religiosidad, los mecanismos de afrontamiento y el autocuidado, sobre la calidad de vida (26).

Por su parte, en un estudio realizado en Indonesia, mostró una relación significativa entre la autoeficacia y el mecanismo de afrontamiento ($p = 0,001$) con una correlación fuerte y positiva ($r = 0,673$) que muestra que cuanto mayor sea la autoeficacia del paciente, mejor será el mecanismo de afrontamiento. Los pacientes con DM2 que tienen una alta autoeficacia en los tratamientos tendrán buenos mecanismos de afrontamiento para lidiar con la angustia psicológica como el estrés, la depresión y la ansiedad (27).

En México en un estudio realizado con 73 participantes, con diagnóstico de DM2, el 80.8% no tiene adherencia farmacológica, siendo prevalente el sexo femenino en donde se observa menor adherencia al tratamiento, el 73.96% tiene una calidad de vida buena, concluyendo que el afrontamiento a la DM2 es bueno (28). De forma similar en otro estudio realizado en México con una muestra de 50 pacientes diagnosticados con DM2 determinó que el 62% fue de sexo femenino, el 66% de estado civil casado. El 64% de los usuarios con DM2 tiene buena calidad de vida (29). Además, en otro estudio realizado en México en San Luis de Potosí los resultados reflejan que la Adaptación Fisiológica y Autoconcepto en pacientes con diagnósticos de DM, los resultados demuestran que en 55 usuarios, se determinaron tres niveles de adaptación: alto con el 6.80%, 75% adecuado y solo el 14.24% nivel bajo de adaptación (30).

También, en otro estudio realizado en Chiclayo – Perú Chiclayo en 2019, con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el autocuidado en las personas con DM2, en 84 personas. Los resultados fueron: “Predomino la funcionalidad de rango medio (52.4%) y la categoría sin prácticas de autocuidado en la persona con DM tipo 2 (86.9%). La funcionalidad familiar tuvo relación significativa con el autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2 solo en su dimensión toma de medicamentos ($p=0.034$)” (31).

Se puede observar en un estudio realizado en Ecuador en el 2019, con el objetivo de “analizar la relación existente entre identidad de enfermedad, estrategias de afrontamiento, variables sociodemográficas y clínicas con la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial atendidos en un hospital de la provincia del Azuay, con 300 pacientes. Los resultados fueron: Correlaciones positivas estadísticamente significativas entre la adherencia terapéutica y las dimensiones de identidad de enfermedad, con

correlaciones negativas con la adherencia terapéutica se encontraron la edad, el tiempo de diagnóstico y la dimensión involucramiento (32).

Un estudio publicado por Barros y colaboradores en Santa Rosa – Ecuador, el estudio tuvo como objetivo evaluar el proceso de afrontamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en relación con las variables sociodemográficas y el tiempo de evolución de la enfermedad, que incluyó a 180 pacientes que aceptaron participar voluntariamente. Los resultados mostraron que los pacientes con una patología de menos de 10 años de evolución tienen una alta capacidad de afrontamiento y adaptación a la enfermedad. Sin embargo, los resultados fueron ligeramente inferiores en las personas con más de 10 años de evolución (33)

2.2 Adulto Mayor

Las Naciones Unidas definen a una persona mayor como una persona de más de 60 años. Sin embargo, las familias y las comunidades suelen utilizar otros referentes socioculturales para definir la edad, como el estatus familiar (abuelos), la apariencia física o las condiciones de salud relacionadas con la edad (34),(35).

Según el Ministerio de Salud Pública, en Ecuador las personas adultas mayores son los/las ciudadanos/as que tienen 65 años de edad o más, en el último censo realizado en el 2010 en el Ecuador este grupo representaba el 6,6% de la población total a nivel nacional siendo un total de 940.905 y según estimaciones para el 2030 se deduce que la población adulto mayor correspondan a la mitad de todos los niños y adolescentes y se prevé que para el 2050 este grupo sea mayor al grupo de adolescentes y niños (36,37).

2.2.1 Cambios en el Adulto Mayor

El envejecimiento de los seres humanos es un proceso fisiológico y dinámico que se prolonga en el tiempo. De acuerdo con la mayoría de las afirmaciones de los gerontólogos, comienza en la cuarta década de la vida y conduce a la muerte. El proceso de envejecimiento humano es complejo e individualizado, se produce en la esfera biológica, psicológica y social(38).

El envejecimiento biológico se caracteriza por cambios progresivos en el metabolismo y en las propiedades fisicoquímicas de las células, que conducen a un deterioro de la autorregulación, la regeneración y a cambios estructurales y funcionales de los tejidos y órganos. Es un proceso natural e irreversible que puede ocurrir como envejecimiento exitoso, típico o patológico(39).

Los cambios biológicos que se producen con la edad en el cuerpo humano afectan al estado de ánimo, a la actitud ante el entorno, a la condición física y a la actividad social, y designan el lugar de los mayores en la familia y la sociedad (40).

El envejecimiento psíquico se refiere a la conciencia del ser humano y a su capacidad de adaptación al proceso de envejecimiento. Entre las actitudes de adaptación podemos diferenciar: actitudes constructivas, de dependencia, hostiles hacia los demás y hacia uno mismo. Con el avance de la edad, aumentan las dificultades de adaptación a la nueva situación, se producen cambios adversos en la esfera cognitiva e intelectual, involuciona el proceso de percepción, disminuyen las sensaciones percibidas y la información recibida, y cambian los procesos de pensamiento (41).

El envejecimiento social se limita a que el papel de una persona mayor está condicionado culturalmente y puede cambiar a medida que cambian las costumbres. El envejecimiento social se refiere a cómo percibe el ser humano el proceso de envejecimiento y cómo lo ve la sociedad (42).

2.3 Afrontamiento y Adaptación

A menudo se piensa que las personas mayores sufren un inevitable deterioro de sus capacidades funcionales debido al envejecimiento normal y a las enfermedades concomitantes (agudas y crónicas). Esta opinión puede ser cierta para muchos aspectos de la salud física. Sin embargo, hay abundantes pruebas que sugieren que la salud mental difiere de la salud física en el sentido de que las funciones de afrontamiento, adaptación y resiliencia (CAR) se conservan sorprendentemente bien durante la mayor parte de la vida (43).

Afrontamiento: Callista Roy plantea que “el afrontamiento facilita la adaptación. Y define los procesos de afrontamiento como modos innatos o adquiridos de actuar entre los cambios producidos en el entorno” (44).

Adaptación: se define como "el estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio y carente de conflictos con su ambiente social" (45)

2.4 Teoría de Enfermería de Adaptación y Afrontamiento de Callista Roy

El modelo de adaptación de la enfermería de la hermana Callista Roy fue desarrollado en 1976, esta teoría trata de explicar o definir la prestación de servicios de enfermería al individuo. En su teoría, el modelo de Roy ve al individuo como un conjunto de sistemas interrelacionados que mantienen un equilibrio entre estos diversos estímulos (46).

Los factores que influyeron en el desarrollo del modelo fueron: la familia, la educación, los antecedentes religiosos, los mentores y la experiencia clínica. El modelo de Roy plantea las siguientes preguntas: ¿En quién se centran los cuidados de enfermería?, ¿Cuál es el objetivo de los cuidados de enfermería?, ¿Cuándo están indicados los cuidados de enfermería? Roy explicó que la adaptación se produce cuando las personas responden positivamente a los cambios del entorno, es el proceso, el resultado de los individuos y grupos que utilizan la conciencia, la autorreflexión y la elección para crear una integración humana y medioambiental(47).

El Modelo de Adaptación de Roy está formado por cuatro componentes: persona, salud, entorno y enfermería, una persona es un ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante. Utiliza mecanismos innatos y adquiridos para adaptarse. El modelo incluye a las personas como individuos, así como en grupos tales como familias, organizaciones y comunidades. También incluye a la sociedad en su conjunto.

El Modelo de Adaptación afirma que la salud es una dimensión inevitable de la vida de una persona y está representada por un continuo salud-enfermedad. La salud también se describe como un estado y un proceso de ser y estar integrado y completo.

El entorno tiene tres componentes: el focal, que es interno o externo y se enfrenta inmediatamente a la persona; el contextual, que son todos los estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal; y el residual, cuyos efectos en la situación actual no están claros. Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y el comportamiento de las personas y los grupos, con especial consideración de la mutualidad de los recursos de la persona y la tierra, incluidos los estímulos focales, contextuales y residuales(48).

El modelo incluye también dos subsistemas, entre ellos está el subsistema cognitivo que es un importante proceso de afrontamiento que implica cuatro canales cognitivo-emotivos que son: procesamiento perceptivo y de la información, aprendizaje, juicio y emoción. Otro subsistema es el regulador, que es un tipo básico de proceso adaptativo que responde automáticamente a través de canales de afrontamiento neurales, químicos y endócrinos(49).

2.5 Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy

El modelo de adaptación de Callista Roy busca constantemente estímulos en su entorno que generan una reacción, finalmente la adaptación puede ser eficaz o ineficaz. Las respuestas

eficaces son aquellas que ayudan a la persona a adaptarse mientras que las ineficaces amenazan los objetivos de adaptación (26, 27, 28).

Contiene cinco elementos esenciales:

- Paciente (persona que recibe los cuidados enfermera).
- Meta de la enfermería (que se adapte al cambio).
- Salud.
- Entorno.
- Dirección de actividades enfermeras (que facilitan la adaptación).

Para tratar estos elementos utiliza:

- Sistemas: entrada, procesamiento, salida.
- Mecanismos de adaptación: Subsistema regulador y cognitivo.
- Modos de adaptación o categorías de comportamiento para el afrontamiento.

2.6 Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una patología considerada no transmisible y crónica, siendo su causa el funcionamiento indebido del páncreas, porque a través de las células β , no produce insulina suficiente o el organismo no utiliza eficientemente la hormona insulina (50).

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es diagnosticada con mayor frecuencia en adultos mayores, existiendo factores entre las que están: alimentación inadecuada, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) puede derivar en invalidez física debido a las complicaciones multiorgánicas, incrementando la morbi-mortalidad en los últimos años a nivel global, independientemente de factores sociales, culturales y económicas de los países; según estimaciones 4 millones de defunciones relacionadas directamente con esta afección se produce al año, siendo considerada la cuarta causa de muerte en todo el universo (51)

Capítulo III

3.1 Objetivo general

Determinar el afrontamiento del Adulto Mayor frente a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) atendidos en el Centro de Salud de Azogues del Distrito 03D01, agosto 2022 - febrero 2023.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar al grupo de estudio según las variables sociodemográficas de interés investigativo.
- Evaluar el afrontamiento de los adultos mayores frente a la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).
- Relacionar el nivel de afrontamiento y las variables sociodemográficas en la población de estudio.

Capítulo IV

4. Diseño de investigación

Estudio de diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal, con enfoque cuantitativo.

4.1 Población

La población estuvo compuesta por los adultos mayores con diabetes atendidos en el Centro de Salud de Azogues perteneciente al Distrito 03D01 de Salud, del año 2022, según registros estadísticos del sistema informático nacional RDACAA.

4.2 Universo y muestra

4.2.1 Universo

El universo estuvo conformado por 105 adultos mayores con diagnóstico de DM2 según datos estadísticos del Centro de Salud de Azogues.

4.2.2 Muestra

Se trabajó con el total de población, que estuvo conformado por 105 adultos mayores con diagnóstico de DM2.

4.3 Criterios de inclusión

- Adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Azogues con diagnóstico de diabetes Tipo 2.
- Adultos mayores que acepten participar en el estudio.
- Adultos mayores que tengan capacidad de comprensión para responder el cuestionario.

4.4 Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no se encuentren en el día de la aplicación del instrumento.
- Adultos mayores no aptos mentalmente para llenar los instrumentos.
- Adultos mayores que entiendan otro idioma que no sea el español.

4.5 Variables de estudio:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: Edad, sexo, residencia, estado civil, ocupación, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, afrontamiento.

4.6 Instrumento

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron dos cuestionarios:

1.- Encuesta para las variables sociodemográficas.

2.- La escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación propuesta por Callista Roy, está conformada por 47 ítems agrupados en cinco factores (recursivo y centrado, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistémico, conocer y relacionarse), con la escala de Likert de 4 puntos, que varía desde 1 = nunca, hasta 4 = siempre. El puntaje total de la escala tiene una variación entre 47 a 188 puntos en total, en donde una baja capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación corresponde a un puntaje entre 47 y 117 y una alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación a un puntaje de 118 y 188 (33,52), el instrumento ha sido utilizado y validado en estudios como el de Gutiérrez y colaboradores, en donde la confiabilidad fue evaluada con Alfa de Cronbach de 0,88 y la estabilidad mediante el coeficiente de correlación de Spearman ($r = 0,94$). Otro estudio que fue realizado por Chayaput, consiguió una alta confiabilidad con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 (53)

3.- Cuestionario de estratificación socioeconómica del INEC: esta encuesta sirve para determinar la estratificación socioeconómica a nivel del Ecuador, se dividen en cinco estratos, A, B, C+, C- y nivel D. Para la clasificación se utiliza un sistema de puntuación a las variables. Las características de la vivienda tienen un puntaje de 236 puntos, educación 171 puntos, características económicas 170 puntos, bienes 163 puntos, TIC's 161 puntos y hábitos de consumo 99 puntos (54).

4.7 Procedimiento

El protocolo de esta investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca (COBIAS – Cuenca), posterior a ello se solicitó la autorización en el Distrito 03D01, se explicó a los participantes sobre la importancia de la investigación y posterior a su consentimiento informado, se le aplicó las encuestas, luego de la aplicación de las encuestas se procedió a introducir los datos a una base de datos, los mismo que fueron codificados y utilizados únicamente por el investigador, posterior se realizó la tabulación y el análisis de los datos obtenidos.

4.8 Plan de tabulación y programas a ser utilizados para la tabulación.

Se realizó un análisis descriptivo mediante, frecuencias, porcentajes, posteriormente se realizó un análisis correlacional para lo cual se utilizó la prueba de correlación de Pearson con el fin de determinar en la población de estudio el afrontamiento desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy en adultos mayores, para los análisis estadísticos se utilizó el programa SPSS 25.

4.9 Principios bioéticos

La investigación no atenta la integridad del participante de la investigación, se basa en los principios éticos de Autonomía, Beneficencia, No maleficencia, Justicia.

Los datos obtenidos son únicamente para uso investigativo, no existe intención de comercializar el trabajo, así mismo declaro que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados del trabajo aquí descrito son de mi autoría y que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

Para la protección de la población vulnerable, se mantendrá la confidencialidad de los datos, mediante la codificación de los mismos en una base de datos, los mismos que serán solo manipulados por el investigador.

Para obtener el consentimiento informado, se describió detalladamente a los participantes la información relacionada con la investigación, el objetivo de la misma; y el tiempo de duración de la participación del sujeto, los beneficios y riesgos; señalando que la participación en la investigación es voluntaria; se describirá sobre los procedimientos adoptados para garantizar la protección de datos/confidencialidad/privacidad, incluida la duración del almacenamiento de los datos personales; detalles sobre el manejo de cualquier hallazgo incidental de la investigación; contactos de referencia para cualquier respuesta adicional a las preguntas pertinentes sobre la investigación y los derechos del sujeto; y cualquier otra información que parezca necesaria para que el sujeto tome una decisión informada y voluntaria, especificando que el sujeto tiene la oportunidad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin consecuencias.

El beneficio para el sujeto participante será poder identificar factores de riesgo que disminuyen la posibilidad de desarrollar un afrontamiento adecuado frente a la DM2, identificando quienes se encuentran en riesgo potencial y tomar las medidas preventivas mediante la educación tanto al individuo como a la familia y comunidad.

La investigación no representa ningún riesgo social, económico, ni personal para el sujeto investigado, el beneficio de la misma es para la población en general, los datos obtenidos ayudarán a cambiar las políticas públicas de salud para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en general, mediante estrategias de prevención y curación.

El investigador declara que no existe conflicto de intereses en la presente investigación.

Capítulo V

5.1 Resultados

En la muestra estudiada de 105 adultos mayores, en lo referente a los datos sociodemográficos se puede observar que: según el rango de edad el más prevalente fue de 65 - 69 años de edad con el 31,4%, seguido de 70 a 75 años de edad con el 30,5%, según el sexo la mayoría pertenece al sexo femenino con el 61%, según la residencia el 81,9% pertenecía al sector Azogues, el 41% es de estado civil casado/a, seguido del 40% que era viudo/a; según la ocupación el 34,3% era ama de casa y el 33,3% pertenecía al grupo de jubilados; en lo que respecta al nivel escolar el 57,1% tenía instrucción primaria. Y según el nivel socioeconómico el 50,5% pertenece al nivel C- (medio bajo) según la clasificación del INEC (Ver tabla 1)

Tabla N°1.- Caracterización del grupo de estudio en una muestra de 105 adultos mayores con diagnóstico de DM tipo II.

Variables sociodemográficas		f	%
Edad	65 - 69 años de edad	33	31,4
	70 a 75 años de edad	32	30,5
	76 a 80 años de edad	19	18,1
	Mayor a 80 años de edad	21	20,0
Género	Masculino	41	39,0
	Femenino	64	61,0
Residencia	Azogues	86	81,9
	Bayas	5	4,8
	Bolivia	1	1,0
	Buil Chacapamba	2	1,9
	Buil Guapán	1	1,0
	Charasol	2	1,9
	Guapán	1	1,0
	Uchupucun	6	5,7
	Zhindilig	1	1,0
Estado Civil	Soltero/a	9	8,6
	Casado/a	43	41,0
	Viudo/da	42	40,0
	Divorciado/a	9	8,6
	Unión libre	2	1,9
Ocupación	Agricultura	15	14,3
	Ganadería	1	1,0

	Ama de casa	36	34,3
	Jubilado	35	33,3
	Otros	18	17,1
Nivel Escolar	Primaria	60	57,1
	Secundaria	28	26,7
	Bachiller	8	7,6
	Tercer Nivel	5	4,8
	Ninguno	4	3,8
Socioeconómico	A (alto)	2	1,9
	B (medio alto)	3	2,9
	C+ (Medio Típico)	20	19,0
	C- (Medio bajo)	53	50,5
	D (Bajo)	27	25,7
	Total	105	100

Fuente: Formularios

Autor: Lcda. Susana García

Tabla N.- 2. Caracterización del afrontamiento de la muestra de 105 adultos mayores con diagnóstico de DM2 según la escala de Callista Roy.

Afrontamiento		f	%
Factor 1.- Recursivo y Centrado	Baja Capacidad	4	3,8
	Mediana Capacidad	52	49,5
	Alta Capacidad	44	41,9
	Muy alta capacidad	5	4,8
Factor 2.- Reacciones físicas y enfocadas	Baja Capacidad	2	1,9
	Mediana Capacidad	57	54,3
	Alta Capacidad	43	41,0
	Muy alta capacidad	3	2,9
Factor 3.- Proceso de alerta	Baja Capacidad	3	2,9
	Mediana Capacidad	34	32,4
	Alta Capacidad	57	54,3
	Muy alta capacidad	11	10,5
Factor 4.- Procesamiento sistemático	Baja Capacidad	5	4,8
	Mediana Capacidad	19	18,1
	Alta Capacidad	66	62,9
	Muy alta capacidad	15	14,3
Factor 5.- Conociendo y relacionando	Baja Capacidad	0	,0
	Mediana Capacidad	27	25,7

Alta Capacidad	62	59,0
Muy alta capacidad	16	15,2

Fuente: Formulario

Autor: Lcda. Susana García

Análisis. - En la población estudiada de 105 adultos mayores, se aplicó la escala de afrontamiento de Callista Roy, esta describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales para crear una integración humana ambiental, dividida en 5 factores, pudiendo observar según el Factor 1.- Recursivo y Centrado: que refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados, el 49,5% mostró una mediana capacidad, seguido del 41,9% con una alta capacidad. En el Factor 2.- Reacciones físicas y enfocadas: resalta las reacciones físicas y fase de entrada para el manejo de situaciones, el 54,3% mostró una alta capacidad. En el Factor 3.- Proceso de alerta: representa los comportamientos del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, el 54,3% mostró una alta capacidad. En el Factor 4.- Procesamiento sistemático: describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente, el 69,2% también mostró una alta capacidad. Y el Factor 5.- Conociendo y relacionando: que describe las estrategias frente a situaciones o problemas el 59% mostró una alta capacidad.

Tabla 3.- Relación del nivel de afrontamiento y las variables sociodemográficas en la población de estudio de 105 adultos mayores

		Factor 1 Recursivo y Centrado	Factor 2 R. Físicas y Enfocadas	Factor 3 Proceso de alerta	Factor 4 Procesa miento sistemáti co	Factor 5 Conocie ndo y relaciona ndo
Nivel Escolar	Correlación de Pearson	,256**	,177	,236*	,206*	,142
	Sig. (bilateral)	,008	,070	,016	,035	,149
Socioeconómico	Correlación de Pearson	-,182	-,205*	-,235*	-,169	-,062
	Sig. (bilateral)	,063	,036	,016	,086	,529
Edad	Correlación de Pearson	-,294**	-,232*	-,268**	-,278**	-,176
	Sig. (bilateral)	,002	,017	,006	,004	,072
Género	Correlación de Pearson	,046	,045	,019	,070	,115
	Sig. (bilateral)	,642	,648	,845	,477	,245
Residencia	Correlación de Pearson	,099	,104	,097	-,054	-,010
	Sig. (bilateral)	,316	,289	,325	,588	,921
Estado Civil	Correlación de Pearson	-,002	-,029	-,087	-,103	-,036

	Sig. (bilateral)	,980	,766	,376	,296	,712
Ocupación	Correlación de Pearson	,097	,015	,001	,015	-,073
	Sig. (bilateral)	,326	,881	,996	,880	,461
	N	105	105	105	105	105

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Formularios

Autor: Lcda. Susana García

Análisis. - En la muestra estudiada, según la relación de variables y los factores de afrontamiento, destaca que hay correlación de Pearson entre escolaridad y edad con el factor 1 (0,08 y 0,02 respectivamente), así también destaca correlación de Pearson entre edad y factores 3 y 4 (0,06 y 0,04 respectivamente).

Capítulo VI

6. Discusión

Para evaluar el afrontamiento de los adultos mayores frente a la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), se aplicó la escala de afrontamiento de Callista Roy (53), la cual describe las estrategias para responder a las influencias y cambios ambientales creando una integración humana ambiental, dividida en 5 factores, dando como resultado en el factor 1.- Recursivo y Centrado: mostró una mediana capacidad, en el Factor 2.- Reacciones físicas y enfocadas, en el Factor 3.- Proceso de alerta, en el Factor 4.- Procesamiento sistemático, y en el Factor 5.- Conociendo y relacionando la población de estudio mostró una alta capacidad. Existiendo una correlación de Pearson entre edad y escolaridad con el factor 1 (0,08 y 0,02 respectivamente), entre edad y factores 3 y 4 (0,06 y 0,04 respectivamente). Centrando en que el afrontamiento, se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que están continuamente en cambio que se desarrollan para tratar situaciones específicas externas y/o internas evaluadas de los recursos del individuo (18). Según esta perspectiva existen dos tipos de afrontamiento, uno centrado en el problema, con el objetivo de manejar o alterar el problema que está causando el malestar; y otro centrado en la emoción, en donde implica métodos que van dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema (4). En este contexto, en México en un estudio realizado por Samaniego, et al (19), en el 2015, determinó que el afrontamiento tiene relación directa con la calidad de vida en una muestra de 230 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en el 2015, los resultados demostraron que el conocimiento, control y tratamiento que tienen sobre la patología es deficiente, por lo que la adaptación hacia el padecimiento representa importantes retos de intervención biopsicosocial. De igual importancia Leiton en su estudio mostró que el mayor porcentaje de población se ubicó entre 66-70 años de edad (37 %), mujeres el 55 %; el mayor grado de instrucción fue primaria con 71 %; el mayor tiempo de enfermedad fue de 5 años y más y el 55 % tuvo un nivel de autocuidado bueno. Existe relación significativa entre el grado de instrucción y tiempo de enfermedad con el nivel de prácticas de autocuidado (55).

Por su parte Acuario (56) en una muestra de 100 adultos mayores, la mitad de la población tiene un estilo de vida desfavorable, y el 48% un estilo de vida poco favorable, con factores relacionados como la alimentación inadecuada, sedentarismo, incumplimiento farmacológico, generando un afrontamiento negativo de la diabetes mellitus. Así como Serrano, et al (57) en su estudio realizado en el 2019, en una muestra de 300 adultos mayores determinó que están relacionadas entre sí el incumplimiento terapéutico, la edad, el tiempo de diagnóstico de la patología, las dimensiones adaptativas y desadaptativas de la identidad de enfermedad, así como a estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

McCoy (58) por su parte señala que la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) contribuye a malos resultados de salud, incluida la mortalidad; sin embargo, existe una laguna en la bibliografía cuando se trata de comprender la influencia de los factores psicosociales en el afrontamiento en esta población, determinó que el cambio que altera la vida es un diagnóstico de diabetes tipo 2, el viaje son los altibajos de enfrentarse al diagnóstico a medida que las personas trabajan hacia la aceptación de la misma, la ansiedad, la depresión, el estrés y la angustia diabética se identificaron como factores psicosociales influyentes clave. El aumento del apoyo social se relacionó inversamente con la angustia emocional y los estilos de afrontamiento se relacionaron con el bienestar social, la salud psicológica y los resultados de salud física. El estilo de afrontamiento positivo centrado en el problema se relacionó con una mejor salud psicológica y física. Las respuestas emocionales al diagnóstico estaban relacionadas con la depresión y la ansiedad. Los estilos de afrontamiento negativos de resignación, protesta o aislamiento fueron mayores en las mujeres y se relacionaron con una peor calidad de vida, mientras que la evitación se relacionó con una mayor angustia relacionada con la diabetes y síntomas depresivos.

Por otro lado, Kong, et al. Describen en su estudio realizado en el 2019, en una población de 152 adultos mayores con diabetes de dos centros de servicios de salud comunitarios en Chongqing, China. Demostrando que el apoyo subjetivo, la utilización del apoyo y la estrategia de afrontamiento se asociaron significativamente con los síntomas depresivos. El afrontamiento positivo y negativo tuvo efectos mediadores significativos en la relación entre el apoyo subjetivo o la utilización del apoyo y los síntomas depresivos. Para aliviar los síntomas depresivos en los adultos mayores con diabetes, la evaluación y la mejora del apoyo social y la facilitación de la estrategia de afrontamiento positivo son parte integral de los cuidados de enfermería para los adultos mayores con diabetes (59).

También Sittner, et al. En su estudio realizado en el 2020, en donde participaron 194 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y se autoidentificaban como indígenas americanos. Siendo los resultados: Los modelos de curva de crecimiento latente revelaron que se predijo que la salud mental positiva media disminuiría a lo largo de las cuatro oleadas del estudio, aunque no para los participantes con un afrontamiento activo por encima de la media al inicio del estudio. La conexión con la comunidad al inicio del estudio se asoció con niveles iniciales más altos de salud mental positiva. El cambio dentro de la persona en el afrontamiento activo y la conexión con la comunidad se asociaron con aumentos en la salud mental positiva. Demostrando que el afrontamiento puede influir en los resultados de salud, y fomenta la literatura sobre el proceso de estrés al mostrar que el afrontamiento activo y la

conexión con la comunidad pueden influir en la salud mental positiva de los adultos indígenas con diabetes de tipo 2 (60).

Además, el manejo de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se complica por las comorbilidades, la menor esperanza de vida y las consecuencias exageradas de los efectos adversos del tratamiento. En particular, los adultos mayores son más propensos a la hipoglucemia y más vulnerables a sus consecuencias, como caídas, fracturas, hospitalización, eventos cardiovasculares y mortalidad por todas las causas (33). Callista Roy, señala a las personas como sistemas adaptativos holísticos que reciben estímulos del medio ambiente; los que, mediante mecanismos de afrontamiento, desarrollan respuestas fisiológicas, psicosociales y sociales, siendo uno de los objetivos esenciales de la enfermería ayudar a las personas a adaptarse a las variaciones en sus necesidades fisiológicas, a los cambios del rol y sus relaciones de interdependencia durante el proceso de salud-enfermedad (11). Estos deben aplicarse desde el diagnóstico de la enfermedad atendiendo a las necesidades sociopsicosomáticas identificadas. Por lo que, los enfoques de los cuidados se direccionan hacia la mejora de la calidad de vida del paciente con patologías crónicas (12).

Finalmente se señala que, se conoce que la diabetes provoca daños en diversos órganos de los pacientes, repercutiendo en la reducción de su esperanza y calidad de vida (CdV) (61). Siendo la diabetes tipo 2, la más prevalente en la población general, especialmente en individuos mayores de 65 años. La fisiopatología subyacente de la enfermedad en estos pacientes se ve exacerbada por los efectos directos del envejecimiento sobre la regulación metabólica (16,17). Del mismo modo, los efectos del envejecimiento interactúan con la diabetes para acelerar la progresión de muchas complicaciones comunes de la diabetes (62). En nuestras sociedades que envejecen, la diabetes supone una importante carga para la salud personal y pública en términos de número de personas que la padecen, complicaciones relacionadas con la diabetes, como la fragilidad y la discapacidad, y gastos de los sistemas nacionales de atención sanitaria y social (9,11,14). Es evidente que las personas mayores con diabetes representan algunos de los retos más complejos y difíciles a los que se enfrentan los profesionales sanitarios que trabajan en distintos entornos (63).

Los hallazgos de este estudio mostraron que los dominios de las áreas problemáticas en la diabetes son predictores favorables para mejorar el afrontamiento. La carga que supone la diabetes para los adultos mayores es significativa debido a la propia enfermedad, sus complicaciones y sus tratamientos. En consecuencia, el afrontamiento frente a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se advierte disminuidas. Las patologías crónicas como las endócrinas, el cáncer, vasculares, cardíacas, producen cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en

este grupo de población, con una afectación de entre el 60-70% en esta población (64), modificando un norma envejecimiento, llevando a presentar complicaciones en la salud, deduciendo la calidad de vida (65).

La gestión de enfermería también incluye evaluar al paciente para detectar complicaciones de la DM2, siendo fundamental evaluar los conocimientos del paciente en relación con el cuidado de la diabetes y proporcionar educación al paciente en relación con el plan de cuidados, así como una ingesta dietética saludable, recomendaciones de actividad y la pauta de medicación prescrita, según sea necesario, al educar al paciente, la enfermera también debe evaluar las posibles barreras, como el acceso limitado a alimentos, ingresos limitados o las barreras lingüísticas y sociodemográficas, además, la enfermera debe fomentar el autocontrol de la glucosa en sangre, las inspecciones diarias de los pies y los exámenes oculares periódicos (66).

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que impone ajustes en el estilo de vida y los comportamientos del paciente y está relacionada con malos resultados de salud, el afrontamiento está influenciado por una evaluación individual de la enfermedad y las respuestas de afrontamiento individuales. Saber que las estrategias de afrontamiento difieren según el género y que están vinculadas a factores sociodemográficas relacionada con la diabetes informa el diseño de futuros estudios de afrontamiento en personas con diabetes tipo 2. Señalando que los resultados de esta síntesis se limitaron por incluir a adultos mayores solo de un sector de la población estudiada.

Los resultados de la investigación ayudan a consolidar bases científicas sobre la importancia de las intervenciones de los enfermeros/as para determinar los objetivos de la planificación de los cuidados de enfermería para los pacientes enfocándose en la importancia de cumplir el programa de tratamiento prescrito mediante una educación integral sobre la diabetes, determinando factores que ayuden a que el adulto mayor se adapte a sus necesidades, capacidades y etapa de desarrollo del paciente. Destacando el efecto del control de la glucemia en la salud a largo plazo, mediante la priorización de los problemas detectados desde la visión enfermera/o.

Además, los resultados de este estudio respaldan la necesidad de que las enfermeras presten especial atención a los pacientes con diabetes y la importancia de realizar estudios que identifiquen intervenciones para reducir los obstáculos. Las enfermeras deberían poner en práctica intervenciones como el asesoramiento, los grupos de apoyo y la formación, y evaluar

el impacto de estas intervenciones en la reducción de los obstáculos que encuentran los pacientes para afrontar la enfermedad en la vida diaria.

Capítulo VII

7. Conclusión

- Según los datos sociodemográficos: el sexo más prevalente en el estudio fue el femenino, de residencia Azogues, el 41% tenía estado civil casado/a, la ocupación del 34,3% era ama de casa y el 33,3% pertenecía al grupo de jubilados, el 57,1% tenía instrucción primaria, el 50,5% pertenece al nivel C- (medio bajo) según el nivel socioeconómico.
- Los adultos mayores participantes en el estudio mostraron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, mostrando una calidad de vida activa, con destrezas centradas en estrategias utilizadas por la persona para responder a las influencias y cambios ambientales para crear una integración humana ambiental.
- Según la relación de variables y los factores de afrontamiento, destaca que hay correlación de Pearson entre edad y escolaridad con el factor 1 y relación con edad y factores 3 y 4.
- Demostrando que el Modelo de Callista Roy ayuda al personal de enfermería a mejorar la práctica del cuidado, fortaleciendo la autonomía profesional a partir de su aplicación.

8. Recomendación

Se recomienda a nivel del primer nivel de atención de salud, implementar cuidados efectivos de enfermería orientados a identificar problemas para determinar estrategias de afrontamiento adecuadas, con el objetivo de favorecer una mejor calidad de vida en la etapa del envejecimiento.

Referencias

1. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interam Desarro [Internet]. 2018;101. Disponible en:
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
2. Godoy N, De Grandis M, Caccia P. Resiliencia y Calidad de Vida en adultos con Diabetes tipo 1 y. Psiencia Rev Latinoam Cienc psicológica [Internet]. 2021 [citado 2022 May 2]; Disponible en:
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/483/4832126010/movil/>
3. Martínez T, González C, Castellón G, González B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Rev Finlay [Internet]. 2018 Jan 18 [citado 2021 Nov 25];8(1):59–65. Disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569/1623>
4. Rosas F, Lopez A, Jimenez S. Vista de Afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus 2 con y sin retinopatía | Psicología y Salud. Psicol y Salud [Internet]. 2019 [citado 2021 Nov 25];29(2):219–24. Disponible en:
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2588/4481>
5. Sánchez A, Rodríguez A, León M. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. Correo Científico Médico [Internet]. 2016 [citado 2023 Mar 24];53(255):101–15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009
6. Limón M. Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Aula abierta, ISSN 0210-2773, Vol 47, Nº 1, 2018 (Ejemplar Dedic a Av y retos en Envejec Act un enfoque Multidiscip págs 45-54 [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 25];47(1):45–54. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6292831&info=resumen&idioma=EN G>
7. Collantes V. Movilidad, discapacidad y vejez, aproximación empática. los Métodos y las Maneras Número 6, (2021) ISBN 978-607-28-2229-0 [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 25]; Disponible en: <http://zaloamati.azc.uam.mx/handle/11191/7983>
8. Ramirez R, Soto P. Dependencia funcional y diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores afiliados al Seguro Social de Salud del Perú: análisis de la ENSSA-2015. Acta médica Peru [Internet]. 2020 Dec 2 [citado 2023 Mar 24];37(4):426–36. Disponible en:

- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000400426&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Rodríguez N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horiz Sanit* (en línea) [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 25];17(2):87–8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74592018000200087&script=sci_arttext
 10. Gómez A, Toro A. Estudio teórico sobre vejez y envejecimiento. 2020 Jun 6 [citado 2021 Nov 25]; Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/11966>
 11. Celis G, Luisa A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Univ Psychol*. 2006;5(3):501-509 Pontificia.
 12. Ayala G. Programa de adaptación del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II, aplicando la teoría de Callista Roy en el Hospital de Ate Vitarte - 2014. 2017 [citado 2021 Nov 25]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/646>
 13. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 25]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
 14. Menéndez E, Blanco J, Barreiro S, Martínez G, Alvarez E. Prevalence of diabetes mellitus in Spain in 2016 according to the Primary Care Clinical Database (BDCAP). *Endocrinol Diabetes y Nutr (English ed)*. 2021 Feb 1;68(2):109–15.
 15. Diaz A. Diabetes: prevalencia entre la población adulta en EE. UU. 1997-2018 [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 25]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/598523/porcentaje-de-poblacion-adulta-diagnosticada-con-diabetes-en-eeuu/>
 16. Carrillo RM, Bernabé A. Type 2 diabetes mellitus in Peru: A systematic review of prevalence and incidence in the general population. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019 Mar 1 [citado 2021 Nov 25];36(1):26–36. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 17. Núñez S, Delgado A, Simancas D. Tendencias y análisis espacio-temporal de la mortalidad por diabetes mellitus en Ecuador, 2001-2016. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2020 Jun 28 [citado 2021 Nov 25];46:e1314. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-7051-6481>
 18. Amarís M, Madariaga C, Valle M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico Individual and family coping strategies when. *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2013;30:123–45. Disponible en:

- <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
19. Samaniego Garay RA, García Alonzo I, Sánchez Morales F de M, Del Río Mendoza M de L, Esparza del Villar ÓA. Afrontamiento y su relación con la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Zacatecas, México. Eur J Heal Res [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 25];4(1):19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7039093&info=resumen&idioma=SPA>
 20. Betancourt C, López S, Zavala S. Factores de afrontamiento afectados en el adulto diabético. Distrito Chambo-Riobamba. Organización de cuidados paliativos según taxonomía NANDA-I [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo, 2019; 2019 [citado 2023 Mar 27]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5518>
 21. Serrano A, Bermeo D, Cuenca J, Hernández Y. IDENTIDAD DE ENFERMEDAD Y AFRONTAMIENTO: SU ROL EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS; ECUADOR 2019. Centros Rev Científica Univ [Internet]. 2021 Feb 4 [citado 2023 Mar 27];10(1):17–37. Disponible en: https://revistasvip.up.ac.pa/index.php/revista_cientifica_centros/article/view/398
 22. Kellogg A, Hancock D, Cho G, Reid A. Community-level age bias and older adult mortality. Soc Sci Med. 2023 Jan 1;317:115449.
 23. Officer A, Manandhar M. Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 2023 Jun 7]. p. 1–7. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
 24. OPS. Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030) - OPS/OMS [Internet]. paho.org. 2022 [citado 2023 Jun 7]. p. 1. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
 25. Bellary S, Kyrou I, Brown J, Bailey C. Type 2 diabetes mellitus in older adults: clinical considerations and management [Internet]. Vol. 17, Nature Reviews Endocrinology. Nature Publishing Group; 2021 [citado 2023 Mar 27]. p. 534–48. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41574-021-00512-2>
 26. Dewi R, Letchmi S, Umar N, Melinda F, Budhiana J. The Effect of Religion , Self-Care , and Coping Mechanisms on Quality of Life in Diabetes Mellitus Patients. J Keperawatan Padjadjaran [Internet]. 2022 [citado 2022 Jun 26];10(1):58–65. Disponible en: <http://jkip.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkip/article/view/1971/324>
 27. Kurniyawan H, Nadziroh U, Widayati N, Wantiyah W. Correlation between Self Efficacy and Coping Mechanism in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Nurs Heal Sci J [Internet]. 2022 Jun 3 [citado 2022 Jun 26];2(2):174–8. Disponible en: <http://www.nhs-journal.com/index.php/nhs/article/view/121>

28. García V, Campos C, Fuentes J, Fuentes L. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Jóvenes en la Cienc [Internet]. 2021 [citado 2022 Jun 26];11(1):1–5. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3250/2751>
29. Reyes M, Gomez M, López J, Cruz A, Rodriguez M. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Tabasco, México. Gac Sanit. 2016;30(1):85.
30. Díaz A. Diabetes Mellitus : un estudio sobre el nivel de adaptación fisiológica y de autoconcepto en pacientes que participan en un grupo de apoyo. Rev Iberoam Prod Académica yGestión Educ [Internet]. 2014 [citado 2022 Jun 26];1:1–28. Disponible en: <https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/31>
31. Campoverde F, Muro I. Funcionalidad familiar y autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Policlínico Manuel Manrique Nevado, Chiclayo 2019. ACC CIETNA Rev la Esc Enfermería [Internet]. 2021 Dec 17 [citado 2022 Jun 26];8(2):32–44. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/633>
32. Serrano A, Bermeo D, Cuenca J, Hernández Y. Identidad De Enfermedad Y Afrontamiento: Su Rol En La Adherencia Terapéutica De Pacientes Diabéticos E Hipertensos; Ecuador 2019. Centros Rev Científica Univ. 2021;10(1):17–37.
33. Barros F, Mesa I, Ramírez A. Analysis of coping type II diabetes mellitus. Univ Cienc y Tecnol [Internet]. 2021 Aug 27 [citado 2022 Jun 26];25(110):191–7. Disponible en: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/491/937>
34. Cerón R, Quiña L. Situación demográfica y socioeconómica del adulto mayor en la parroquia de Otón, Cantón Cayambe, año 2019. 2019 [citado 2021 Nov 25]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20650>
35. Cabezas M, Alvarez J, Guallichico P, Chávez J, Romero E. Entrenamiento funcional y recreación en el adulto mayor: influencia en las capacidades y habilidades físicas. Rev Cuba Investig Biomédicas [Internet]. 2019 Jan 30 [citado 2021 Nov 25];36(4). Disponible en: <http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/22>
36. Ministerio de Salud Pública. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. 2010.
37. Consejo de Igualdad Intergeneracional. Estado de situación de las personas adultas mayores Intergeneracional [Internet]. Quito-Ecuador. 2021 [citado 2023 Jun 7]. p. 1. Disponible en: <https://www.igualdad.gob.ec/estado-de-situacion-de-las-personas-adultas-mayores/>
38. Lagos L. Generalidades sobre Vejez y Personas Mayores. Cent Investig para la Educ Super [Internet]. 2020;14:1–196. Disponible en:

- <https://www.redalyc.org/pdf/473/47326415003.pdf>
39. Alvarado A, Salazar Á. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 Jun 1 [citado 2021 Nov 25];25(2):57–62. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 40. Boonekamp J, Simons M, Hemerik L, Verhulst S. Telomere length behaves as biomarker of somatic redundancy rather than biological age. Aging Cell [Internet]. 2013 [citado 2021 Nov 25];12(2):330–2. Disponible en: <https://www.dciencia.es/cambios-biologicos-del-envejecimiento/>
 41. Mesa M, Pérez J, Nunes C, Menéndez S. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. Cien Saude Colet [Internet]. 2019 [citado 2021 Nov 25];24(1):115–24. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/csc/a/QVKmhLGvNQ7XqjjNrBxJy3x/?lang=es>
 42. Hechavarría M, Ramírez M, García H, García A. El envejecimiento. Repercusión social e individual. Rev Inf Científica [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 25];97(6):1173–88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601173&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 43. Mayordomo T, Sales A, Satorres E, Blasco C. Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. Escritos Psicol [Internet]. 2015 [citado 2021 Nov 25];8(3):26–32. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 44. Martínez A, Gómez J. Formalización del concepto de Afrontamiento: una aproximación en el cuidado de la Salud. Scielo. 2017;11(1):111.
 45. Reátegui P, Neciosup V. Conceptos de aceptación y adaptación en discapacidades mayores. Rev Medica Hered [Internet]. 2019 Apr 11 [citado 2022 May 2];30(1):54–5. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2019000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 46. Gómez J, Jaimes ML, Carvajal Y, Suárez D, Medina P, Fajardo S. Modelo de adaptación de Callista Roy. Cult del Cuid [Internet]. 2016 Jun 1 [citado 2021 Nov 25];13(1):6–21. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/2107>
 47. Gualdrón M. Validación transcultural al contexto Español de la escala de adaptación y afrontamiento de Callista Roy transcultural. Ayaq. 2019;8(5):55.
 48. Igoa A. Modelo de adaptación de Callista Roy: aplicación a un caso clínico [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 25]. Disponible en: <https://www.revista->

- portalesmedicos.com/revista-medica/modelo-de-adaptacion-de-callista-roy-aplicacion-a-un-caso-clinico/
49. Arroyo A, González J. Formalización del concepto de afrontamiento: una aproximación en el cuidado de la salud. *Rev Ene Enfermería* [Internet]. 2017 Nov 23 [citado 2021 Nov 25];11(3). Disponible en:
<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/744/afrontamiento>
 50. Ortiz K, Morales K, Velásquez J, Ortiz Y. Pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2 e impacto de factores modificables. Perú. *Gerokomos* [Internet]. 2021 [citado 2022 Aug 14];32(3):159–63. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 51. Mejía E, Aveiga M, Villa E. Resultados de una investigación en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo II en el centro Casa del Diabético en la ciudad de Tena 2019. *Dilemas Contemp Educ Política y Valores* [Internet]. 2021 Sep 1 [citado 2022 Aug 14];9(1). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000700064&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 52. Gutiérrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Hallazgos* [Internet]. 2009 Mar 18 [citado 2022 Jun 26];6(12):201–13. Disponible en:
<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1742>
 53. Lazcano M, Salazar B, Gómez M. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan* [Internet]. 2008 [citado 2022 Jul 4];8(1):116–25. Disponible en:
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/128/257>
 54. INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. Vol. 2, Magazine. 2018 [citado 2022 Feb 3]. p. 360. Disponible en:
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
 55. Leitón Z, Villanueva M, Fajardo E. Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. *Salud Uninorte* [Internet]. 2018;34(2):443–54. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522018000200443&script=sci_abstract&tlng=es
 56. Acuario A, Simbaña M. Nivel de conocimiento y estilo de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. *Salud, Cienc y Tecnol* [Internet]. 2022 Nov 2 [citado 2022 Dec 8];2:94–94. Disponible en:
<https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/94/252>

57. Serrano A, Bermeo D, Cuenca J, Hernández Y. Identidad de enfermedad y afrontamiento: su rol en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos e hipertensos; Ecuador 2019. *Centros Rev Científica Univ* [Internet]. 2021 Jan 15 [citado 2022 Dec 8];10(1):17–37. Disponible en:
<https://revistas.up.ac.pa/index.php/centros/article/view/1943/1718>
58. McCoy M, Theeke L. A systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus. *Int J Nurs Sci*. 2019 Oct 10;6(4):468–77.
59. Kong L, Zhu W, He S, et al. Relationships among social support, coping strategy, and depressive symptoms in older adults with diabetes. *J Gerontol Nurs*. 2019;45(4):40–6.
60. Sittner K, Herman K, Gonzalez M, Walls M. A longitudinal study of positive mental health and coping among Indigenous adults with type 2 diabetes. <https://doi.org/10.1080/1061580620222076082> [Internet]. 2022 [citado 2023 Jan 23]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10615806.2022.2076082>
61. Moghaddam H, Sobhi E, Soola AH. Determinants of quality of life among elderly patients with type 2 diabetes in northwest of iran: based on problem areas in diabetes. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 Jul 22;13:1612.
62. Leroith D, Biessels G, Braithwaite S, et al. Treatment of Diabetes in Older Adults: An Endocrine Society. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2019 May 1 [citado 2022 Dec 8];104(5):1520–74. Disponible en;
<https://academic.oup.com/jcem/article/104/5/1520/5413486>
63. Sinclair A, Saeedi P, Kaundal A, et al. Diabetes and global ageing among 65–99-year-old adults: Findings from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020 Apr 1;162:108078.
64. Hernandez S, Agudelo A, Bohorquez L, Salcedo M. Evaluación de la efectividad del modelo de gestión de casos intrahospitalarios en pacientes pluripatológicos complejos | *Paraninfo Digital*. *Paraninfo Digit* [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 26];(33):e33104o. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e33104o>
65. Cardenas G, Flores K, Perez K, Gutierrez E. Asociación entre dependencia funcional y calidad de vida en pacientes adultos mayores oncológicos | Cardenas | *Revista Cubana de Medicina Militar*. *Rev Cuba Med Miliitar* [Internet]. 2022 [citado 2022 Jul 26];51(2):e02201796. Disponible en:
<http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1796>
66. Goyal R, Jialal I, Castano M. Diabetes Mellitus Type 2 (Nursing) [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2021 [citado 2023 Jun 22]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568737/>

Anexos

9.1 Anexo A

Cronograma de trabajo

Actividades	Mes					
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
1. Diseño y prueba de instrumentos	X	X				
2. Recolección de datos			X	X		
3. Procesamiento y análisis de datos.					X	
4. Informe final						X

9.2 Anexo B

Operacionalización de variables

Objetivo General.	Determinar el afrontamiento del adulto mayor frente a DM2 en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Azogues del Distrito 03D01, 2022.			
Variables	Definición		Indicador	Escala
Afrontamiento	Son mecanismos de acondicionamiento frente a situaciones de alta demanda de estabilidad emocional o que generen estrés, por los cuidados generales y específicos de la persona con DM2.		El factor 1: Recursivo y Centrado El factor 2: Reacciones físicas y enfocadas El factor 3: proceso de alerta El factor 4: Procesamiento sistemático El factor 5: Conociendo y relacionando	Nominal 1. Nunca 2. Rara Vez 3. Casi Siempre 4. Siempre
	Edad.	Edad cumplida desde el nacimiento hasta la	Años cumplidos	Cuantitativa 65 – 69 años 70 – 75 años 76 – 80 años > 80 años

Variables Sociodemográficas		actualidad en años.		
	Sexo	“Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos”	Características sexuales.	Nominal 1. Hombre 2. Mujer
	Residencia	Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas.	Lugar actual donde vive.	Nominal 1. Rural 2. Urbano
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de	Estado civil legal	1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre	

		familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.		
	Nivel socioeconómico	Posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	Ingreso mensual Instrucción Clase social	Nominal A. Alto B. Medio alto C+ medio típico C- Medio Bajo D Bajo

9.3 Anexo C

Instrumento de recolección de datos

Características Sociodemográficas:

Encuesta para las variables sociodemográficas.

1. ¿Cuántos años tiene? _____ años

2. ¿Con que género se identifica?

Masculino ()

Femenino ()

3. ¿En dónde reside actualmente?

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a ()

- Casado/a ()
- Viudo/a ()
- Divorciado/a ()
- Unión libre ()

5. ¿A qué se dedica usted?

- Agricultura ()
- Ganadería ()
- Ama de casa ()
- Jubilado/a ()
- Otros

6. ¿Hace que tiempo le diagnosticaron su enfermedad?: _____ años

7. ¿Cuál es su nivel escolar?

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Bachiller ()
- Tercer Nivel ()
- Ninguno ()

9.4 Anexo D

"Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy"

Las preguntas fueron planteadas de la siguiente manera: en una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. Usted puede elegir entre cuatro posibles respuestas en una escala tipo Likert:

Nunca	Rara Vez	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4

N°	Proceso de adaptación	Nunca	Rara Vez	Casi Siempre	Siempre
		1	2	3	4

	El Factor 1: Recursivo y centrado				
1	¿Puede Ud. Hacer varias actividades al mismo tiempo?				
2	¿Propone soluciones para problemas nuevos?				
3	¿Llamó al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad?				
4	¿Obtiene información para aumentar sus conocimientos?				

5	¿Cuándo está preocupado tiene dificultades para realizar tareas?				
6	¿Trata de recordar soluciones que le han servido antes?				
7	¿Lucha por conseguir sus objetivos?				
8	¿Solo piensa en lo que le preocupa?				
9	¿Se siente bien de saber que está manejando el problema?				
10	¿Identifica como quiere que resulte la situación?				

	El Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas				
11	¿Es menos eficaz bajo estrés?				
12	¿No actúa hasta que tenga comprensión de su situación?				
13	¿No encuentra la crisis demasiado complicada?				
14	¿Piensa en el problema paso a paso?				

15	¿Parece que actúa con lentitud sin razón aparente?				
16	¿Trata de reorganizar sus sentimientos a su favor?				
17	¿Está activo durante el día cuando está en crisis?				
18	¿Es realista con lo que le sucede?				
19	¿Está atento a la situación?				
20	¿Tiende a reaccionar con exageración al comienzo?				
21	¿Recuerda cosas que le ayudaron en otras situaciones?				
22	¿Mira la situación desde diferentes puntos de vista?				

23	¿Tiende a quedarme quieto por un momento?				
24	¿Encuentra difícil explicar el verdadero problema?				
	El Factor 3: Proceso de alerta				
25	¿Contiene buenos resultados con problemas complejos?				
26	¿Trata de usar sus habilidades para enfrentar la situación?				

27	¿Se desenvuelve cuando tiene que ir a lugares desconocidos?				
28	¿Utiliza el humor para manejar la situación?				
29	¿Con tal de salir de la crisis está dispuesto a modificar su vida?				
30	¿Mantiene el equilibrio entre la actividad y el descanso?				
31	¿Suele Ud. ser más eficaz bajo estrés?				
32	¿El problema actual está relacionado con sus experiencias pasadas?				
33	¿Tiende a culparse por cualquier dificultad que tiene?				

	El Factor 4: Procesamiento sistemático				
34	¿Trata de ser creativo y propone soluciones?				
35	¿Sus experiencias pasadas le ayudan a resolver su problema actual?				
36	¿Aprende de las soluciones de otros?				

37	¿Mira la situación positivamente como un reto?				
38	¿Plantea soluciones, aunque parezcan difíciles de alcanzar?				
39	¿Experimenta cambios en la actividad física?				
	El Factor 5: Conociendo y relacionando				
40	¿Analizo los detalles tal como sucedieron?				
41	¿Trata de aclarar cualquier duda antes de actuar?				
42	¿Trata de hacer frente la crisis desde el principio?				
43	¿Se da cuenta de que se está enfermando?				
44	¿Aprende de sus experiencias?				
45	¿Se rinde fácilmente?				
46	¿Desarrolla Ud. un plan para enfrentar la situación?				
47	¿Quisiera que su problema se resuelva positivamente?				

9.5 Anexo E

Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico (INEC)

Características de la vivienda	Puntajes finales
1.- ¿Cuál es el tipo de vivienda?	
Suite de lujo	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	59
Departamento en casa o edificio	59
Casa/Villa	59
Mediagua	40
Rancho	4
Choza/ Covacha/Otro	0
2.- El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:	
Hormigón	59
Ladrillo o bloque	55
Adobe/ Tapia	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	17
Caña no revestida/ Otros materiales	0
3.- El material predominante del piso de la vivienda es de:	
Duela, parquet, tablón o piso flotante	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	46
Ladrillo o cemento	34
Tabla sin tratar	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	0
4.- ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?	
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	32
5.- Tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:	
No tiene	0
Letrina	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	18
Conectado a pozo ciego	18

Conectado a pozo séptico	22
Conectado a red pública de alcantarillado	38
Acceso a tecnología	Puntajes finales
1.- ¿Tiene este hogar servicio de internet?	
No	0
Sí	45
2.- ¿Tiene computadora de escritorio?	
No	0
Sí	35
3.- ¿Tiene computadora portátil?	
No	0
Sí	39
4.- ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?	
No tiene celular nadie en el hogar	0
Tiene 1 celular	8
Tiene 2 celulares	22
Tiene 3 celulares	32
Tiene 4 ó más celulares	42

Posesión de bienes	Puntajes finales
1.- ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?	
No	0
Sí	19
2.- ¿Tiene cocina con horno?	
No	0
Sí	29
3.- ¿Tiene refrigeradora?	
No	0
Sí	30
4.- ¿Tiene lavadora?	
No	0
Sí	18
5.- ¿Tiene equipo de sonido?	
No	0
Sí	18

6.- ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?	
No tiene TV a color en el hogar	0
Tiene 1 TV a color	9
Tiene 2 TV a color	23
Tiene 3 o más TV a color	34
7.- ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?	
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	15
Hábitos de consumo	Puntajes finales
1.- ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?	
No	0
Sí	6
2.- ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?	
No	0
Sí	26
3.- ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?	
No	0
Sí	27
4.- ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?	
No	0
Sí	28
5.- Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?	
No	0
Sí	12
Nivel de educación	Puntajes finales
1.- ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?	
Sin estudios	0
Primaria incompleta	21
Primaria completa	39
Secundaria incompleta	41
Secundaria completa	65
Hasta 3 años de educación superior	91

4 ó más años de educación superior (sin post grado)	127
Post grado	171
Actividad económica del hogar	Puntajes finales
1.- ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?	
No	0
Sí	39
2.- ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?	
No	0
Sí	55
3.- ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?	
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	76
Profesionales científicos e intelectuales	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	46
Empleados de oficina	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	18
Trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	17
Oficiales operarios y artesanos	17
Operadores de instalaciones y máquinas	17
Trabajadores no calificados	0
Fuerzas Armadas	54
Desocupados	14
Inactivos	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales), identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



9.6 Anexo F

Consentimiento informado

Formulario de Consentimiento Informado

Afrontamiento del Adulto Mayor frente a DM2atendidos en el Centro de Salud de Azogues del Distrito 03D01, agosto 2022 - febrero 2023.

Datos del equipo de investigación: *(puede agregar las filas necesarias)*

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Susana Maricela García Herrera.	0301707287	Universidad de Cuenca.

¿De qué se trata este documento? *(Realice una breve presentación y explique el contenido del consentimiento informado). Se incluye un ejemplo que puede modificar*

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Centro de Salud de Azogues que pertenece al Distrito de Salud 03D01. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La DM2 es una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar concentraciones altas de la glicemia en la sangre (azúcar en la sangre), por alteración a nivel del páncreas. En la vejez con la aparición de enfermedades crónicas, como es la Diabetes, afecta el estilo de vida de los adultos mayores, en las áreas como lo físico, psicológico y social.

Por lo que, el propósito de la presente investigación será analizar el nivel de afrontamiento del adulto mayor frente a la DM2 desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy en adultos mayores atendidos en el centro de salud de Azogues, los datos que se obtengan del estudio servirán para direccionar hacia la mejora de la calidad de vida del

paciente con Diabetes tipo 2, aplicándose desde el diagnóstico de la enfermedad atendiendo a las necesidades sociopsicosomáticas identificadas.

Objetivo del estudio

Analizar el nivel de afrontamiento del adulto mayor frente a la DM2 desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy en adultos mayores atendidos en el centro de salud de Azogues.

Descripción de los procedimientos

Después que Ud. Firme el consentimiento informado se procederá a la recolección de datos mediante dos instrumentos:

- 1.- Encuesta para determinar datos personales relacionados con el tema.
- 2.- La escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación propuesta por Callista Roy, está conformada por 47 preguntas con puntuaciones cada una y al final se sumará todos los puntos, siendo los resultados una baja capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación corresponde a un puntaje entre 47 y 117 y una alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación a un puntaje de 118 y 188.

Luego de la realización de la encuesta se realizará la tabulación y análisis de los datos.

Riesgos y beneficios

No existe ningún riesgo en el estudio, ni físico, social o psicológico. El beneficio de este estudio es para la población en general, con los datos se podrá realizar acciones para mejorar la atención de enfermería y de esta manera ayudar a mantener una calidad de vida de la población en general frente a la DM2.

Otras opciones si no participa en el estudio

El individuo tiene la libertad de participar o no en el estudio.

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;

<p>7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;</p> <p>8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);</p> <p>9) Que se respete su intimidad (privacidad);</p> <p>10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;</p> <p>11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;</p> <p>12) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;</p> <p>13) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;</p> <p>14) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p>
<p>Manejo del material biológico recolectado <i>(si aplica)</i></p>
<p>No aplica</p>
<p>Información de contacto</p>
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0985788048 que pertenece a Susana Maricela García Herrera o envíe un correo electrónico a susana.garcia@ucuenca.edu.ec</p>

<p>Consentimiento informado <i>(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)</i></p>
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>

<p>_____ Nombres completos del/a participante</p>	<p>_____ Firma del/a participante</p>	<p>_____ Fecha</p>
<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>

Nombres completos del testigo (*si aplica*)

Firma del testigo

Fecha

Susana Maricela García Herrera

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano Paucay, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec